



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Odontología

Unidad de Posgrado

**Rehabilitación oral funcional y estética en paciente  
edéntulo parcial con prótesis implantosoportada  
dentogingival y restauraciones fijas libre de metal**

**TRABAJO ACADÉMICO**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Rehabilitación Oral

**AUTOR**

Welinson CHÁVEZ RIOS

**ASESOR**

C.D Esp. Nelly Angélica TANAKA TORRES

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Chávez R. Rehabilitación oral funcional y estética en paciente edéntulo parcial con prótesis implantosoportada dentogingival y restauraciones fijas libre de metal [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2020.

---

## HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	“_____”
DNI o pasaporte del autor	43715349
Código ORCID del asesor	0000-0003-4742-4110
DNI o pasaporte del asesor	06278868
Grupo de investigación	ORALRES
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Clínica de Posgrado de Rehabilitación Oral. <i>Coordenadas geográficas: (12° 03' 30" S 77° 05' 00" O)</i>
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018-2019
Disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</a>



# Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## UNIDAD DE POSGRADO



“Año de la universalización de la salud”

**ACTA N° 027-FO-UPG-2020**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO MODALIDAD VIRTUAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
EN REHABILITACIÓN ORAL**  
Autorizado con RR N°01357-R-20

En la ciudad de Lima, a los 03 días del mes de diciembre del año dos mil veinte, siendo las 08:30 horas, se reunieron los miembros del Jurado para llevar a cabo la sustentación del trabajo académico titulado: **“REHABILITACIÓN ORAL FUNCIONAL Y ESTÉTICA EN PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL CON PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA DENTOGINGIVAL Y RESTAURACIONES FIJAS LIBRE DE METAL.”**, presentado por el C.D. don **WELINSON CHÁVEZ RIOS**, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Rehabilitación Oral.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación:

<b>BUENO</b>	<b>16</b>	<b>DIECISEIS</b>
_____	_____	_____
Escala	Número	Letras

A continuación, el Presidente del Jurado, en virtud de los resultados favorables, recomienda que la Facultad de Odontología proponga que la Universidad le otorgue al C.D. don **WELINSON CHÁVEZ RIOS**, el título de Segunda Especialidad Profesional en Rehabilitación Oral.

Se expide la presente acta en cuatro originales y siendo las 10:45 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

*Mg. Carlos Alberto Arroyo Pérez*  
Presidente

*Mg. Sergio Francisco Alvarado Menacho*  
Miembro

*C.D. Esp. Sixto Grados Pomarino*  
Miembro

*C.D. Esp. Nelly Angélica Tanaka Torres*  
Miembro Asesor

#### Escala de calificación

- Excelente 20, 19
- Muy bueno 18, 17
- Bueno 16, 15
- Aprobado 14
- Desaprobado 13 o menos



# Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## UNIDAD DE POSGRADO



*“Año de la universalización de la salud”*

### ❖ RECOMENDACIONES

---

**Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:**

https:

ID:

Grabación archivada en:

❖ **PÚBLICO ASISTENTE:** (Nombre, apellido y DNI)

## REHABILITACIÓN ORAL FUNCIONAL Y ESTÉTICA EN PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL CON PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA DENTOGINGIVAL Y RESTAURACIONES FIJAS LIBRE DE METAL.

**Resumen:** el sistema estomatognático es uno de los sistemas más complejos y especializados del cuerpo humano, rehabilitar este sistema cuando falla una o más de sus partes es un desafío para el cirujano dentista, este caso clínico tiene como objetivo dar a conocer una alternativa de tratamiento en un paciente edéntulo parcial que presentaba múltiples implantes colocados en el sector anterior y posterior, con defecto de clase III que afecta la zona estética anterior y desgastes marcados de las piezas antero inferiores, lo que hace visible una pérdida de la dimensión vertical.

La rehabilitación oral de los implantes en la zona estética donde se evidencio gran pérdida ósea vertical, se manejó previamente con un injerto de tejido conectivo y al no ser suficiente por la gran pérdida ósea, la encía papilar se compenso con una prótesis implantosoportada dentó gingival, la rehabilitación de los dientes antero inferiores que presentaban desgastes se realizó carillas de cerámica orientado a no sacrificar estructura dental sana, usando técnicas conservadoras y materiales adhesivos.

Se concluyó que realizando un buen diagnóstico y trabajando de manera interdisciplinaria, se puede tener resultados satisfactorios en caso de implantes colocados en zonas estéticas con pérdida ósea vertical y teniendo un concepto conservador y de mínima preparación se puede llegar a resultados óptimos en dientes con gran desgaste, los resultados que se obtuvieron fueron beneficiosos para el paciente tanto en función como en estética que mejoraron su calidad de vida, con un seguimiento de 2 años, sin reportar complicaciones.

**Palabras clave:** Prótesis implanto soportada, reconstrucción gingival protésica, gingiva artificial, prótesis parcial fija, corona libre de metal.



## ABSTRACT

The stomatognathic system is one of the most complex and specialized systems of the human body, rehabilitating this system when one or more of its parts fails is a challenge for the dentist, this clinical case aims to publicize an alternative treatment in a Partial edentulous patient who presented multiple implants placed in the anterior and posterior sector, with a class III defect that affects the anterior aesthetic area and marked wear of the lower antero pieces, which makes visible a loss of the vertical dimension. The oral rehabilitation of the implants in the esthetic zone where great vertical bone loss was evidenced, was previously managed with a connective tissue graft and since it was not enough due to the large bone loss, the papillary gum was compensated with a gingival dental implant-supported prosthesis, the rehabilitation of the lower antero teeth that presented wear was made of ceramic veneers aimed at not sacrificing healthy dental structure, using conservative techniques and adhesive materials.

It was concluded that making a good diagnosis and working in an interdisciplinary way, you can have satisfactory results in case of implants placed in aesthetic areas with vertical bone loss and having a conservative concept and minimal preparation you can reach optimal results in teeth with great wear , the results obtained were

beneficial for the patient both in function and aesthetics that improved their quality of life, with a follow-up of 2 years, without reporting complications.

**Key words:** Supported implant prosthesis, prosthetic gingival reconstruction, artificial gingiva, fixed partial prosthesis, metal free crown.

## **Introducción:**

Para casos complejos de rehabilitación estética y funcional, el clínico debe planificar el tratamiento diligentemente, teniendo en cuenta la necesidad de modificar la dimensión vertical e incorporar un nuevo tipo de esquema oclusal. El empleo de todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y restaurativos disponibles para el tratamiento y la prevención de enfermedades dentales se denomina “Rehabilitación completa de la boca” el objetivo principal del proceso de rehabilitación de la boca es restaurar la integridad funcional y estructural de los arcos dentales mediante el uso de inlays, onlays, coronas, puentes, prótesis apoyadas por implantes y con ello proporcionar una oclusión adecuada que optimice la función, la estética y el confort del paciente. Algunas de las situaciones clínicas complejas, que requieren rehabilitación completa de la boca son: desgaste severo; deformidades dentofaciales, defectos óseos producto de extracciones dentarias y múltiples dientes fracturados o faltantes<sup>1, 2</sup>.

La extracción de dientes puede provocar la pérdida del ancho y la altura de la cresta alveolar en los tres primeros años. Esta pérdida ósea se exacerba si el diente se extrae de forma traumática o si existen patologías endodónticas o periodontales preexistentes<sup>3</sup>.

El reemplazo de dientes en esta área presenta desafíos para los clínicos que son especialmente difíciles cuando la pérdida incluye cantidades significativas de la cresta residual y el tejido blando acompañante. La predictibilidad del resultado estético final es a menudo determinada por la anatomía del paciente<sup>4, 5</sup>.

La colocación de implantes dentales en pacientes edéntulos de edad avanzada con estas condiciones, depende de una valoración integral de salud, planificación del tratamiento, manejo interdisciplinario para un correcto protocolo quirúrgico y prostodóncico sumado a seguimientos periódicos para toda la vida <sup>6</sup>. Pero muchas veces donde las situaciones clínicas donde el paciente no puede llevarse a cabo cirugías para el aumento de tejido óseo o epitelial, debido a la condición sistémica o si el tratamiento quirúrgico no logra los resultados deseados, tienden a renunciar a más procedimientos quirúrgicos tediosos por lo cual el clínico realiza protocolos de tratamiento alternativos<sup>7, 8, 9</sup>. Como es este caso donde se realizó un injerto de tejido epitelial con la finalidad de aumentar el ancho vestibulo palatino para luego buscar otra alternativa para reconstruir la encía papilar de la zona estética y de esa manera disminuir los procedimientos quirúrgicos.

La falta de encía y/o hueso nos hace recurrir a una prótesis dentogingival para reproducir una estética mucogingival. El uso de encía artificial, debe ser apoyado por la información técnica, seguido de ejemplos visuales. Los clínicos normalmente guían al paciente en relación con la complejidad del caso y los límites estéticos. Las ventajas de la prótesis dentogingival son la realización de un número menor de procedimientos quirúrgicos, estética de color rosa más predecible, la capacidad de corregir defectos maxilofaciales, compensar las relaciones maxilomandibulares inadecuadas, y promover un sellado de aire durante el habla. Sus desventajas están relacionadas con los problemas psicológicos y la higiene oral necesaria para el mantenimiento. Estas restauraciones están indicadas para muchas situaciones clínicas que se encuentran comúnmente, como pacientes con pérdida de papilas, situaciones individuales de pérdida horizontal y vertical de tejido óseo de la región anterior<sup>10, 11, 12</sup>.

El desgaste se define formalmente como la pérdida de sustancia dental causada por el contacto de diente a diente, varios estudios y revisiones sistémicas mostraron claramente que el desgaste dental es un fenómeno relacionado con la edad y en una encuesta de salud dental para adultos mostró que el 15% de los participantes tuvo

desgaste moderado, 3% de desgaste severo y con el 80% de los pacientes mayores de 50 años mostraron signos de desgaste<sup>13, 14</sup>.

Se informó que la tasa promedio de desgaste anual del esmalte sano en las áreas de contacto oclusal fue de aproximadamente 29 micras para los molares y aproximadamente 15 micras para los premolares. La tasa de desgaste puede verse afectada por diversos factores, como las fuerzas neuromusculares, factores salivales, trastornos gastrointestinales, los hábitos del paciente y el tipo de material restaurador utilizado<sup>15, 16</sup>.

El desgaste dental afecta la anatomía del diente, y pueden surgir todo tipo de complicaciones si no se trata, estas complicaciones resultan de la pérdida de sustancia dental mineralizada e incluyen un mayor riesgo de sensibilidad dental, complicaciones pulpares y decoloración<sup>17</sup>, todo esto ocurre en función de movimientos masticatorios complejos, ya que la mandíbula se mueve en diferentes direcciones, y los patrones varían según la patología articular, la oclusión y el tono muscular. Dada la complejidad de nuestro sistema masticatorio, la fuerza de mordida es considerada durante mucho

tiempo un factor que contribuye al desgaste y la supervivencia de las prótesis<sup>18</sup>.

Para una correcta evaluación y buen diagnóstico del desgaste dentario, Turner y Missirilian<sup>19</sup> en 1984 clasificaron al desgaste severo en 3 tipos

- Categoría-1: Desgaste excesivo con pérdida de la DVO, cierta pérdida de contorno facial y caída de las esquinas de la boca.
- Categoría 2: Desgaste excesivo sin pérdida de VDO pero con espacio disponible para la rehabilitación.
- Categoría 3: Desgaste excesivo sin pérdida de VDO pero con espacio limitado para la rehabilitación.

Cuando la pérdida de sustancias causada por el desgaste de los dientes alcanza un cierto grado, se hace necesaria la rehabilitación oral. La dentición severamente desgastada solo podía rehabilitarse mediante la colocación de trabajos extensos de coronas, puentes o sobredentaduras removibles. Como resultado de las mejoras en los materiales restauradores cerámicos y en las técnicas adhesivas, es posible rehabilitar las denticiones desgastadas de una manera menos invasiva y con una mínima intervención<sup>20, 21, 22</sup>

Actualmente los tratamientos odontológicos están siendo llevados por un nuevo enfoque, donde se entrelazan los tratamientos estéticos representados por los nuevos materiales y técnicas conservadoras dejando de lado las preparaciones excesivas y sobre todo sin dejar de lado la parte funcional.

Magne y Belser presentaron la siguiente clasificación según características clínicas que presentan los dientes para la indicación de carillas cerámicas<sup>23</sup>.

- Tipo I: Dientes resistentes al blanqueo
  - o Tipo IA: Decoloración de tetraciclina
  - o Tipo IB: Dientes que no responden al blanqueo
- Tipo II: Modificaciones morfológicas mayores
  - o Tipo IIA: Dientes conoides
  - o Tipo IIB: Diastema o triángulos interdientales que se cerrarán
  - o Tipo IIC: Aumento de la longitud incisal o prominencia facial
- Tipo III: Amplias restauraciones
  - o Tipo IIIA: Fractura coronal extensa
  - o Tipo IIIB: Pérdida extensiva de esmalte por erosión y desgaste



o Tipo IIIC: Malformaciones congénitas generalizadas.

De acuerdo a lo descrito se presenta un reporte de caso clínico donde se describe una alternativa de tratamiento para un paciente adulto mayor edéntulo parcial que fue rehabilitado con prótesis implantosoportada dentogingival, implantes unitarios y restauraciones fijas libre de metal.

## **INFORMACION DEL PACIENTE**

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad acude a la clínica odontológica de posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el motivo de consulta “Quiero que continúen mi tratamiento de implantes para poder comer y sonreír”

## **HALLAZGOS CLINICOS**

### **Historial medico**

Sin contraindicaciones para tratamiento odontológico

### **Diagnostico**

**Diagnostico extra oral y facial.** (Figura 1 A y B)

- Asimetría facial

- Sonrisa media.
- Sonrisa asimétrica por pérdida de soporte alveolo dentario del lado derecho.
- Alteración del plano oclusal.
- Alteración de la línea media.



Figura 1: A. Fotos extra oral B. Foto de análisis de la sonrisa

### **Examen de los trastornos temporo mandibulares**

- Apertura bucal 45mm
- No presente historia de dolor miofacial ni articular

### **Examen intraoral dental. (Figura 2 A y B)**

- Edéntulo parcial superior clase I de kennedy modificación 1
- Edéntulo parcial inferior clase II de kennedy modificación 1
- Lesiones no cariosas Atrición de piezas. 3.3-3.2-3.1-4.1-4.2-4.3-4.4 ( categoría I según Turner y Missirilian)
- Tratamiento de conductos sin rehabilitar pieza 22

- Coronas metal cerámica sin adaptación marginal piezas 11,21, 24, 35
- Lesión cariosa recidivante pieza: 23

**Examen intraoral periodontal.** (Figura 2 A y B)

- Encía marginal: Arquitectura gingival superior alterada. Biotipo grueso, textura lisa, consistencia fluctuante alrededor de piezas.1.1 y 2.1, enrojecimiento y sangrado al sondaje. Recesión vestibular Miller I generalizada
- Encía papilar: Textura lisa, consistencia fluctuante, Pérdida de papila en sector antero inferior entre las Piezas. 3.2 y 3.1
- Encía adherida: Poca encía queratinizada sobre reborde edéntulo, igualmente disminución de la EK a nivel pza. 4.5 y 3.5, línea mucogingival alterada.

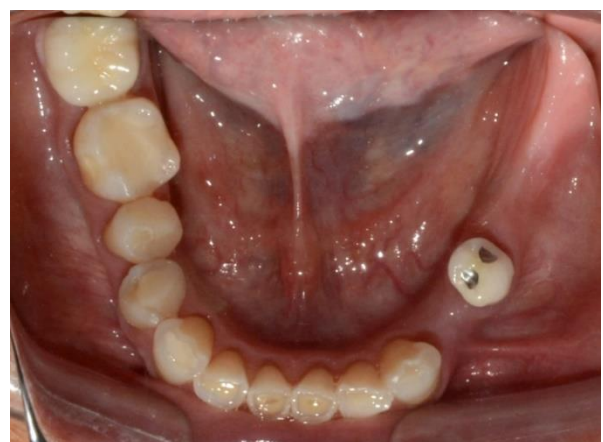


Figura 2 A. Foto Oclusal superior B. Foto Oclusal inferior

## **Examen Oclusal**

- Oclusión fisiológica adaptativa
- Pérdida de dimensión vertical
- Alteración del plano oclusal por desgaste categoría I según Turner y Missirilian
- Relación canina derecha no registrable
- Relación canina izquierda clase 1
- Relación molar no registrable
- Espacio libre de 5mm
- Pérdida de soporte posterior
- 1mm de sobrepase horizontal
- 3mm de sobre pase vertical

## **Examen Radiográfico**

- Cantidad de piezas ausentes: 16
- Posición y consideraciones de los senos maxilares: presencia de relleno óseo a nivel de los senos maxilares, en mayor proporción a nivel de la pza. 2.6
- Presencia y/o ausencia de patologías dentarias u óseas: IRO con tratamientos de implantes dentales a nivel de pza. 1.5 - 1.3 - 1.2 - 2.5 - 3.4 - 3.6, tratamiento de conducto de la pieza 2.2 ,

- Condición de rebordes alveolares: Pérdida ósea vertical en los sextantes: I, III y IV con mayor predominio en el sextante I por lo que se hizo una prótesis implanto soportada dento gingival

## **Diagnostico estomatológico**

### **Tejidos blandos:**

#### **Periodontal y gingival**

- Enfermedades gingivales inducidas por placa asociada a factores contribuyente
- Condiciones y Alteraciones del Desarrollo o Adquiridas: Condiciones mucogingival alrededor de los dientes por restauración y aparato en piezas: 1.1-2.1-3.5-4.7
- Condiciones mucogingival: recesiones gingivales alrededor de los dientes Miller I: Pieza : 1.4-3.5-4.4-4.5-4.6-4.7 y piezas anteroinferiores
- Condiciones mucogingival y alteraciones en rebordes alveolares: deficiencia vertical de rebordes óseas a nivel de sextantes I y II y horizontal de sextante III y a nivel de piezas 1.2 y 1.3
- Perdida de papila en sector antero inferior entre las Piezas. 3.2 y 3.1

- Poca encía queratinizada en el reborde edéntulo del sextante I-III y IV, línea mucogingival alterada.
- Ausencia de encía queratinizada en la zona de las piezas 1.3 – 1.2

### **Implantológico**

- Implantes colocados en las zonas de las piezas 1.5, 1.3, 1.2, 2.5, 3.4, 3.6. sin rehabilitación protésica

### **Tejidos duros**

- Edéntulo parcial superior clase I de kenedy modificación 1
- Edéntulo parcial inferior clase II de kenedy modificación 1
- Lesión cariosa recidivante pieza 2.3
- Desgaste dentario de las anteroinferiores que compromete dentina y borde incisal.
- Corona metal cerámica sin adaptación marginal en las piezas 1.1 - 2.1 - 2.4 - 3.5.
- Tratamiento de conducto sin rehabilitar de la piza 2.2.

### **Articulación temporomandibular**

- No presente historia de dolor miofacial ni articular

### **Oclusión**

- Oclusión fisiológica adaptativa

- Pérdida de soporte posterior
- Pérdida de la DVO
- Alteración del plano oclusal por desgaste categoría I según Turner y Missirilian

## **TRATAMIENTO**

### **Objetivo del tratamiento**

- Desarrollar una rehabilitación oral funcional y estética en paciente edéntulo parcial con prótesis implantosoportada dentogingival y restauraciones fijas libre de metal para obtener resultados satisfactorios tanto en función como en estética.

### **Fase 1: Terapia Inicial.**

- Modelos de diagnóstico, análisis de modelos y encerado de planificación
- Análisis fotográfico y planificación DSD.
- Incentivar y mejorar la higiene oral en el paciente.

### **Fase 2: Diseño de la sonrisa y provisionales.**

- Mock- up para el análisis funcional y estético

- Colocación de cicatrízales para el análisis tridimensional de los implantes ya colocados.
- Provisionalización
- Aprobación del paciente.

### **Fase 3: Quirúrgica**

- Colocación de implantes Pieza 1.6 - 2.6
- Injerto tejido conectivo en la zona de la pieza 1.2 – 1.3

### **Fase 4: Restauraciones definitivas**

- Corona libre de metal en las piezas 1.4 – 1.1 – 2.1 – 2.2 – 2.3 – 2.4 – 3.5 – 4.4 – 4.5 – 4.6
- Prótesis dentogingival implantosoportada en la zona de las piezas 1.3 – 1.2
- Coronas implantosoportadas 1.6 – 1.5 – 2.5 – 2.6 – 3.6 – 3.4
- Carillas cerámicas vestibulares, clasificación Magne y Belser Tipo IIIB en las piezas 3.3 – 3.2 – 3.1 – 4.1 – 4.2 – 4.3
- Férula de protección





Figura 3: Fotos iniciales



Figura 4: Fotos anterior superior y inferior

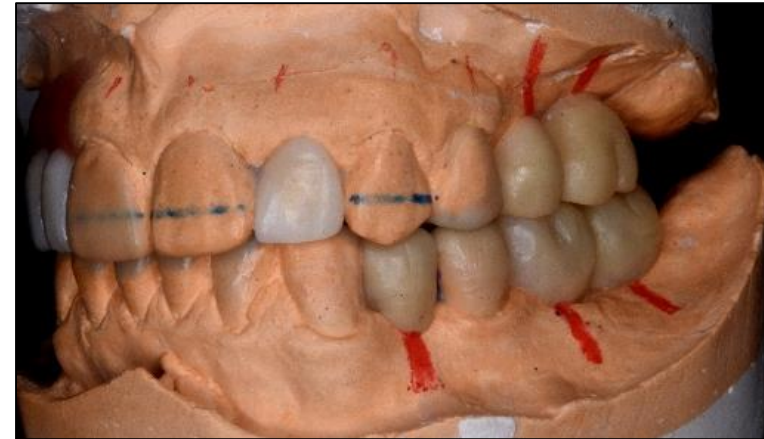
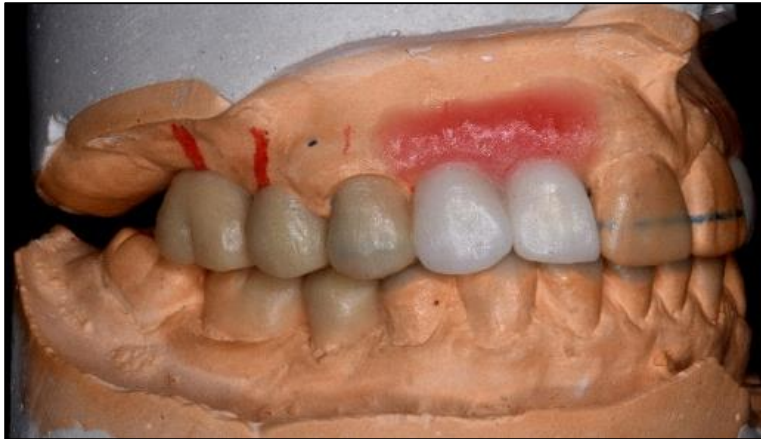


Figura 5: fotos laterales del encerado

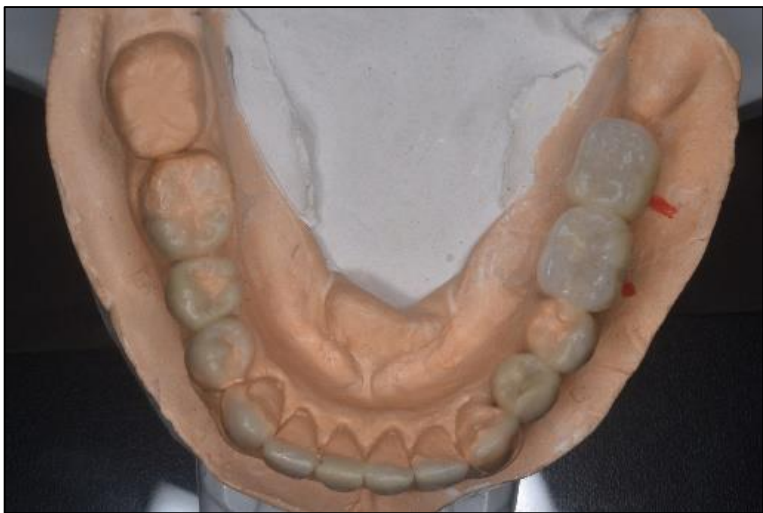
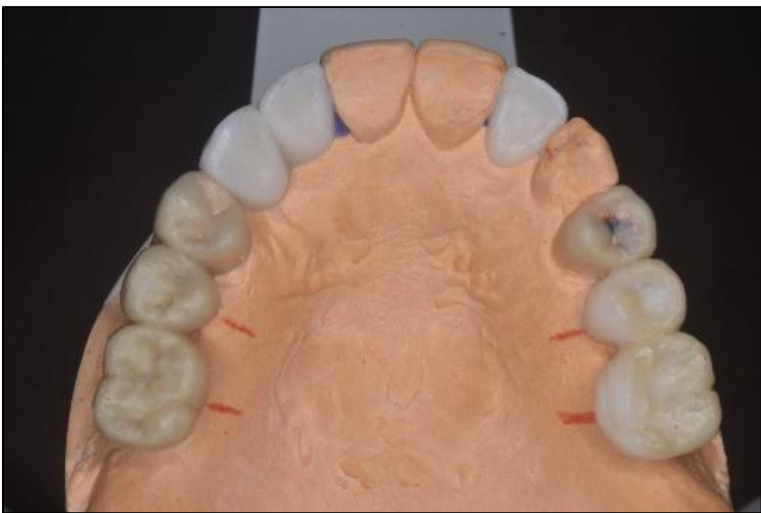


Figura 6: fotos oclusales del encerado de planificación



Figura 7: Prótesis implantosoportada y coronas libre de metal



Figura 8: Carillas vestibulares





Figura 9: Foto oclusal final

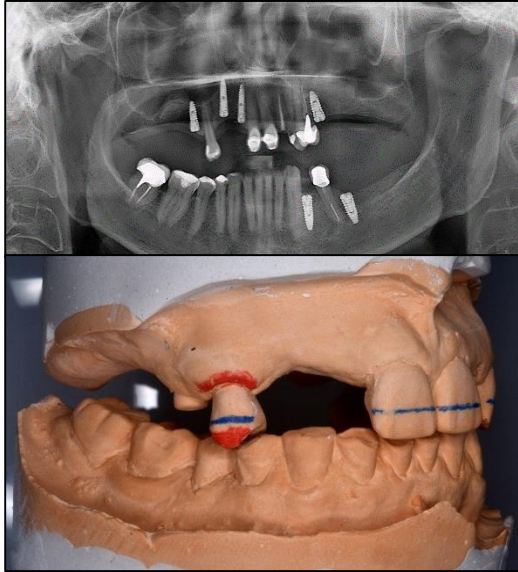


Figura 10: Foto laterales finales



Figura 11: Foto inicial y final

## LÍNEA DE TIEMPO DEL TRATAMIENTO



**Marzo del 2017**



Acude a la clínica de posgrado de la facultad de odontología UNMSM. Exámenes Auxiliares:

- Análisis de estudios imagenológicos.
- Análisis de modelos de estudio en ASA
- Interconsulta con periodoncia
- Interconsulta con endodoncia
- Encerado de planificación
- Análisis de la dimensión vertical
- Análisis fotográfico



**Abril del 2017**



Diagnóstico: oclusión patológica asociado a pérdida de contención posterior

- Plan de tratamiento
- Fase I.



**Mayo del 2017**



Transferencia del encerado de planeación a través del mock-up, donde se analiza la recuperación de la dimensión vertical con pruebas subjetivas y objetivas.

La justificación de la colocación de 3 implantes, para lograr armonía oclusal con los 6 implantes ya colocados



**Junio del 2017**



Injerto de tejido conectivo técnica roll

Activación de 6 implantes (con los que vino el paciente)

Colocación de 3 implantes

Tallado y colocación de provisorios



**Julio del 2017**



Cementación de postes anatomizados fibra de vidrio

Evaluación del tejido injertado y provisionalización de la zona para manejo de tejido





**Diciembre del 2017**



Fase rehabilitadora: prótesis dentogingival, carillas vestibulares, coronas libre de metal y coronas sobre implante



**Abril – Mayo del 2018**



Fase rehabilitadora: rehabilitación final postero superior e inferior



Mayo 2018



Análisis facial y de sonrisa final

## **Discusión**

En los últimos 50 años, la odontología de implantes ha evolucionado de un tratamiento experimental a una opción altamente predecible para reemplazar los dientes perdidos con prótesis compatibles con implantes<sup>24</sup>. Es así que la terapia con implantes se ha vuelto una modalidad de tratamiento altamente utilizada en la práctica diaria para pacientes total y parcialmente desdentados ya que brinda no solo ventajas biológicas y funcionales en comparación con prótesis fijas y removibles sino que también ofrece buenos resultados a largo plazo. Como lo demuestra una revisión sistemática reciente, donde indica que hay un aumento de la tasa de supervivencia a 10 años del 95% de implantes colocados<sup>25</sup>.

Se ha puesto de manifiesto un nuevo enfoque que implica la alternativa de incluir encía artificial como una opción de tratamiento predecible para restauraciones parciales fijas en pacientes con defectos del reborde graves<sup>11</sup>. La incorporación de esta técnica da una solución satisfactoria si se planifica desde el inicio del tratamiento dando como resultados un enfoque menos invasivo, disminuyendo el número de procedimientos quirúrgicos para el paciente por lo que los resultados estéticos son más predecibles.



Es obligatorio incluir encía artificial desde el inicio de la planificación del tratamiento, para asegurar una restauración estética y saludable. A pesar de estas restauraciones sobre implantes están diseñados para permitir a los pacientes realizar el mantenimiento perfecto, se recomienda que la prótesis sea retenida por tornillo, de manera que pueda ser desatornillado periódicamente para verificar la salud de los tejidos involucrados<sup>12</sup>. Sin lugar a duda es una alternativa confiable y predecible si se planifica correctamente no solo desde el punto vista estética sino también biológica, al poder desatornillar periódicamente para su mantenimiento y durabilidad a largo plazo.

Hace mucho tiempo que las carillas cerámicas se introdujeron en las opciones de tratamiento dental, con resultados a largo plazo muy favorables como lo demuestran los estudios de **Petra C. Guess** que realizó un estudio clínico prospectivo que abarca un período de 62 meses, se demostró que las carillas de cerámica son un procedimiento confiable para la restauración de desgastes en los dientes anteriores, resultados que coinciden con otros estudios que encontraron una supervivencia del 96,5% y del 98,8% después de 4,5 y 6 años, respectivamente<sup>26, 27, 28</sup>.

Las carillas cerámicas es una alternativa conservadora, ideal para restaurar dientes severamente desgastados según la clasificación de Magne P<sup>23</sup>. para las indicaciones de carillas cerámicas por tal motivo los dientes que presentaron desgaste fueron tratados con la técnica de una mínima preparación, manteniendo en lo posible las estructuras dentarias, aunque es una de las opciones de tratamiento más conservadora se debe seguir algunas reglas e indicaciones como lo dicen Kulak-Özkan y Calamia JR, que son la planificación del caso, preparación conservadora de los dientes, selección adecuada de cerámica, selección adecuada de los materiales y métodos de cementación, acabado y pulido adecuados de las restauraciones, y planificación adecuada para el mantenimiento continuo de las restauraciones<sup>29, 30</sup>.

## **PERPECTIVA DEL PACIENTE**

Al comienzo estaba ya desanimada con continuar el tratamiento ya que venía de una mala experiencia, pero con la ayuda de mis familiares y la paciencia de los doctores decidí continuar, no me arrepiento de haber continuado con el tratamiento ya que gracias a ello puedo ahora comer y sonreír como antes de perder mis dientes.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El autor comunica que se informó al paciente del diagnóstico y de los tratamientos que se realizaran, firmando un consentimiento donde autoriza la publicación de fotos y videos, siendo consiente que sus datos personales se mantendrán en anonimato.

## **Bibliografía**

- 1.** Landa JS An analysis of current practices in mouth rehabilitation.  
J Prosthet Dent 1955; 5:527–537
- 2.** Dua P, Singh JP, Aghi A. Aesthetic and functional rehabilitation of a case of mutilated dentition and loss of vertical dimensions. J Indian Prosthodont Soc 2011;11:189-94
- 3.** Daga D ea. Tentpole technique for bone regeneration in vertically deficient alveolar ridges. Journal of oral biology and craniofacial research. 2015 febrero; 001(1-6).
- 4.** Sierraalta M RM. A maxillary anterior partially edentulous space restored with a one-piece zirconia implant fixed partial denture: a clinical report. Journal Prothet Dent. 2009; 101(354-8).
- 5.** Tarnow DP MAFP. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. J Periodontol. 1992 December; 63(12)(995-6).
- 6.** CM. S. A role in geriatric dentistry for the general practice. JADA. 2007; 9(34-40).
- 7.** Isiksal E HSAS. Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles.. J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 129(8-16).

8. LaVacca M I TDP, J. CG. Interdental papilla length and the perception of aesthetics. Pract Proced Aesthet Dent. 2005; 17(405-412).
9. Shankar RY RARDBPKDRD. A fixed removable partial denture Treatment for severe ridge defects. Int J Dent. 2011; 1(112-8).
10. Christian Coachman DC. Prosthetic Gingival Reconstruction in the fixed partial restoration. part 2: diagnosis and treatment planning. The International Journal of Periodontics y restorative Dentistry. 2012 Junio; 29(573-581).
11. Coachman C, Salama M, Garber D, et al. Prosthetic gingival reconstruction in fixed partial restorations. Part 1: introduction to artificial gingiva as an alternative therapy. Int J Periodontics Restorative Dent 2009; 29:471–7.
12. Coachman C, Salama M, Garber D, et al. Prosthetic gingival reconstruction in fixed partial restorations. Part 3: laboratory procedure and maintenance. Int J Periodontics Restorative Dent 2010; 30:19–29.
13. A. PD. Tooth wear Bruxism - Theory and Practice. Quintessence Publishing. 2010;(123-147).
14. Kim sk. A study of the effects of chewing patterns on occlusal wear. Journal Oral Rehabil. 2001; 28(1048- 1055).

- 15.** Ress JS,SS. A guide to the clinical management of attrition.  
British Dental Journal. 2018 marzo; 224 (5)(319-323).
- 16.** Lambrechts P. Quantitative in vivo Wear of Human Enamel.  
Journal of Dental Research. 1989; 68(12)(1752-1754).
- 17.** Jaeggi T, Grüninger A, Lussi A. Restorative therapy of erosion.  
Monogr Oral Sci 2006; 20:200-14.
- 18.** Borelli GA. De Motu Anumalium. Excudit Petrus Vander. Rome:  
A. Bernabo; 1680–1681.
- 19.** Turner KA, Missirlian DM. Restorations of the extremely worn  
dentition. J Prosthet Dent Oct 1984; 52(4):467-74.
- 20.** Dietschi D, Argente A. A comprehensive and conservative  
approach for the restoration of abrasion and erosion. Part I:  
concepts and clinical rationale for early intervention using  
adhesive techniques. Eur J Esthet Dent 2011; 6:20-33.
- 21.** Three years in vivo wear: Core-ceramic, veneers, and enamel  
antagonists Josephine F. Esquivel-Upshaw, William F. Rose Jr.
- 22.** Clelland NL, Agarwala V, Knobloch LA, Seghi RR. Wear of  
enamel opposing low-fusing and conventional ceramic  
restorative materials. J Prosthodont 2001; 10:8–15.
- 23.** Magne P, Belser UC. Bonded Porcelain Restorations in the  
Anterior Dentition-a Biomimetic Approach. Chicago:  
Quintessence Publishing Co; 2002.

- 24.** D. Buser, L. Sennerby, H. De Bruyn, Modern implant dentistry based on osseointegration: 50 years of progress, current trends and open questions, *Periodontology* 73 (2017) (2000) 7–21.
- 25.** L. Hjalmarsson, M. Gheisarifar, T. Jemt, A systematic review of survival of single implants as presented in longitudinal studies with a follow-up of at least 10 years, *Eur. J. Oral Implants* 9 (Suppl. 1) (2016) S155–62.
- 26.** Guess PC, Stappert CF. Midterm Results of a 5 - year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. *Dent Mater* 2008; 24:804–13.
- 27.** Probst L, Engel E, Masula B. Clinical long-term evaluation of adhesive IPS-Empress ceramic veneer restorations. *Dental Labor* 1999;1263–8.
- 28.** Fradeani M. Six-year follow-up with Empress veneers. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998; 18:216–25.
- 29.** B. A. Vanlıoğlu and Y. Kulak-Özkan, “Minimally invasive veneers: current state of the art,” *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, vol. 6, pp. 101–107, 2014.
- 30.** Calamia JR, Calamia CS. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. *Dent Clin North Am.* 2007; 51(2):399–417, ix.